

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

1338

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

NICOLAS René

né le 4 Septembre 1913 à Rosporden (Finistère)

Essai sur le Diagnostic

de la

Pseudo-Paralyse Générale Alcoolique

Président : M. Laignel-Lavastine, Professeur

IMPRIMERIE DE BRETAGNE

3, Place de la Bourse

NANTES

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

NICOLAS René

né le 4 Septembre 1913 à Rosporden (Finistère)

Essai sur le Diagnostic de la Pseudo-Paralysie Générale Alcoolique

Président : M. Laignel-Lavastine, Professeur

IMPRIMERIE DE BRETAGNE
3, Place de la Bourse
NANTES

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie.	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la Médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgie.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) .	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne.	Pathologie médicale.
BESANÇON Justin .	Hydrologie
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER . . .	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgie.
GALLIARD	Parasitologie.
DE GAUDART	Pathologie chirurgi-
D'ALLAINES	cale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES . . .	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU . . .	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngolog.
HUGUENIN	Anatomie pathologiç.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . .	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie .
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Patholog. expériment.
LEVEUF	Pathologie chirurgie.
M ^{lle} J. LÉVY . . .	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI . .	Neurologie et Psychiâ-
	trie.
MÉNÉGAUX . . .	Pathologie chirurgie.
MOLLARET . . .	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET . .	Pathologie chirurgie.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgie.
PIEDELIEVRE . .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgie.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgie.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT .	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER . .	Pathologie chirurgie.

MM.

LARDENNOIS . .	Pathologie chirurgie.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE .	Parasitologie.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgie.
VAUDESCAL . . .	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE . . .	}	Clinique médicale.
AUBERTIN . . .		
BRULÉ . . .		
CHABROL . . .		
DONZELOT . . .		
DUVOIR . . .		
LIAN . . .		
PASTEUR- VALLERY-RADOT . . .		
SEZARY . . .		

MM.

BASSET	}	Clinique chirurgicale.
BROCQ		
CADENAT		
GATELLIER		
MOURE		
QUENU		
VELTER		

MM.

ECALLE	}	Clinique obstétricale.
METZGER		

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé. Education phys.
 LEDOUX-LEBARD . . . Radiolog. cliniq.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ. Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma mère.

A mon père.

A mes frères.

A ma famille.

A mes amis.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MÉDECIN DE LA PITIÉ

PROFESSEUR D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

ET DE LA CHIRURGIE

Respectueux hommage de reconnaissance
pour l'honneur qu'il nous a fait en voulant
bien accepter la présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Nantes :

Monsieur le Professeur AUVIGNE,

Monsieur le Professeur BAHUAUD,

Monsieur le Professeur Robert BUREAU,

Monsieur le Professeur Yves BUREAU,

Monsieur le Docteur CORMAN,

Monsieur le Docteur LE ROUX,

Monsieur le Professeur PICARD,

Monsieur le Docteur SEBILEAU,

Monsieur le Docteur SOURDILLE,

Monsieur le Docteur VIEL,

ma profonde reconnaissance.

A mes Maîtres de l'Hôpital Civil du Mans :

Monsieur le Docteur BARANGER,

Monsieur le Docteur PAPIN,

mes respectueux hommages.

A Monsieur le Docteur Louis CORMAN,

CHARGÉ DE COURS DE PSYCHIATRIE
A L'ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES

qui fut l'instigateur et le guide éclairé
dans l'élaboration de cette thèse,

hommage d'affectueuse admiration.

ESSAI SUR LE DIAGNOSTIC DE LA PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE ALCOOLIQUE

INTRODUCTION

Les troubles mentaux dus à l'Alcoolisme chronique sont parfois difficiles à distinguer de ceux de la Paralyse Générale progressive. Cette difficulté se résume en un mot : celui de Pseudo-Paralyse Générale alcoolique donné aux dits troubles mentaux.

Lasègue a écrit : « On établit sans effort le diagnostic différentiel entre la Paralyse Générale et d'autres affections qui n'ont rien de commun avec elle; on néglige, parce qu'on les connaît mal, toutes celles qui, sous certains aspects, se rapprochent de la Paralyse Générale. »

Nous nous sommes intéressés à ce problème de diagnostic différentiel, nettement posé par Lasègue, et nous avons étudié dans le service du Docteur Corman de nombreuses observations de psychopathies alcooliques simulant la P.G.

Ce problème, à l'étude duquel nous consacrons notre thèse, a pris des aspects différents selon les époques et selon l'opinion que l'on avait des causes de la P.G.

Celle-ci, on le sait, fut, au moment où Bayle la découvrit, rattachée d'abord à des causes très diverses, au rang desquelles figurait l'Alcoolisme.

Vers le milieu du siècle dernier, on se rendit compte que la Syphilis était un élément étiologique constant, et on en vint petit à petit à considérer qu'elle était la vraie cause de cette maladie. Cette découverte faisait justice d'une première opinion, celle de Calmeil, selon laquelle la P.G. serait habituellement due aux excès alcooliques.

Une deuxième opinion, celle de Joffroy, selon laquelle les habitudes d'intempérance auraient un rôle étiologique égal à celui de la Syphilis, perdait aussi peu à peu du terrain. Il nous paraît que cette deuxième opinion ne résiste pas à l'expérience, et ce que nous avons observé dans le service du Docteur Corman, où les alcooliques sont très nombreux et les paralytiques généraux plutôt rares, nous paraît en contradiction formelle avec elle.

Une troisième opinion, plus récente, est celle de Régis : selon cet auteur, l'alcool n'est pour rien dans la vraie Paralysie Générale, mais il peut réaliser un syndrome analogue, une Pseudo-Paralysie Générale.

Cette dernière opinion tend à prévaloir : elle nous paraît corroborée par les faits que nous avons observés.

Partant de cette base très sûre, nous nous sommes attachés à préciser les signes qui permettent de distinguer de la vraie P.G. le syndrome pseudo-paralytique des alcooliques chroniques.

TABLEAU CLINIQUE DE LA PSEUDO-PARALYSIE GENERALE ALCOOLIQUE

La Pseudo-P. G. alcoolique survient au terme de longues habitudes d'intempérance. Lorsqu'on peut en suivre pas à pas les progrès, on constate cette baisse progressive de l'activité et de la vie morale et affective, qui est si caractéristique de l'Alcoolisme chronique. Bientôt, l'affaiblissement des facultés gagne l'intelligence, la parole se paralyse, et dès ce moment le syndrome paralytique est constitué; le malade se présente alors de la façon suivante :

Sa démarche est mal assurée, un peu comme celle d'un homme ivre; les gestes de ses mains sont très maladroits, et l'on est tout de suite frappé par l'importance du tremblement qui agite les mains, les bras et, parfois même, tout le corps. Le visage a une expression hébétée et, souvent, fait plus vieux que l'âge réel du sujet. La parole est embarrassée, bredouillante, parfois même incompréhensible. Si l'on fait tirer la langue, on constate qu'elle est animée d'un tremblement très accusé. La conversation du malade indique un trouble profond de toutes ses facultés intellectuelles : l'attention et la mémoire sont très diminuées; le jugement est puéril; il s'agit d'une véritable démence.

Il est habituel aussi de constater des idées délirantes : ce sont surtout des idées de grandeur, fantastiques, absurdes, incohérentes. Elles ne le cèdent en rien à celles qu'il est si fréquent d'observer dans la P.G. Nombreuses aussi sont les idées de persécution, qui vont de pair avec une certaine susceptibilité du caractère.

Il se peut que ce syndrome nerveux indique seul l'intoxication de l'organisme par l'alcool, mais il est très fréquent aussi que l'examen complet du malade montre l'atteinte toxique d'autres appareils : Polynévrite des membres inférieurs, Cirrhose du foie, atteinte rénale ou cardiaque. Il est de règle aussi que l'usure de l'organisme par l'alcool engendre une sénilité précoce; au seul aspect du malade, on lui donne volontiers dix ans de plus que son âge.

L'évolution de la maladie est variable. Dans le plus grand nombre des cas, elle guérit. Sevré du toxique, le malade s'améliore et, en quelques mois, retrouve un état qui, s'il n'est pas tout à fait normal, est cependant compatible avec une vie sociale correcte. Toutefois, des rechutes sont très fréquentes, du fait du manque de volonté du buveur qui retombe dans ses excès antérieurs.

Dans une deuxième série de cas, plus rares, la maladie passe à la chronicité.

Enfin, dans une troisième série, la mort survient, en général en très peu de jours, du fait de l'extension rapide du syndrome paralytique, ou bien par des complications infectieuses surajoutées.

OBSERVATIONS

Elles concernent toutes des malades du sexe masculin; nos conclusions ne pourront donc être étendues à la femme.

Ces observations, que nous avons recueillies dans le service du Docteur Corman, peuvent être groupées sous trois chefs :

Le premier groupe contient les cas qui ont guéri;

Le deuxième groupe contient les cas qui se sont terminés par la mort;

Dans le troisième, nous avons placé les cas ayant évolué vers la chronicité.

Mais nous nous empressons d'ajouter que ce classement est en grande partie provisoire. L'expérience apprend, en effet, que des malades, ayant guéri d'une Pseudo-Paralysie Générale alcoolique, sont très portés à recommencer leurs abus et peuvent ultérieurement faire une rechute qui ne guérira pas où qui les conduira à la mort.

Il faut donc considérer ce classement comme destiné seulement à apporter un peu de clarté dans l'exposé de nos observations.

1^{er} GROUPE

Cas de Pseudo-Paralysie Générale alcoolique ayant guéri

OBSERVATION 1. — ALBERT H..., 94/1935 (1) :

Malade depuis deux ans; buvait beaucoup depuis un an; ne peut plus travailler. Au début de cette période, a fait une chute de bicyclette, à la suite de laquelle sa femme a constaté que sa bouche était de travers et qu'il avait de la difficulté pour parler (ictus probable). Depuis un mois, sommeil agité, réveils avec peur.

A l'examen, on note un tremblement généralisé et très marqué; en particulier fort tremblement de la langue. Dysarthrie du type bredouillant : parle très vite et est à peine compréhensible. Maladresse extrême des mouvements. Sensibilité assez vive; en particulier se défend lorsqu'on palpe son ventre. Affaiblissement mental marqué surtout par de l'indifférence affective et de l'euphorie. Pas de délire. Liquide céphalo-rachidien normal.

Le malade, interné en juin 1935, est sorti au bout d'un an très amélioré.

OBSERVATION 2. — JEAN L..., 89/1936 :

Début progressif. Fait des abus de boisson depuis toujours. Sous l'influence de l'ivresse se montrait brutal et sa femme devait quitter la maison; c'est ce qui a motivé son internement, en mai 1936.

A l'entrée, démarche titubante; difficulté de la parole; tremblement très accusé des doigts et de la langue. Affaiblissement mental : ne sait ni la date du jour, ni le lieu où il se trouve. Pas de délire constatable. Fièvre légère : 38°. Subictère.

En quelques semaines, évolution favorable, mais le malade garde la faiblesse de volonté si fréquente chez les buveurs d'habitude et doit être maintenu à l'asile. Il s'en évade en juillet 1937. Mais il doit être réinterné en 1938, pour avoir mis le feu à son grenier, étant ivre.

(1) Ce numéro d'ordre est le numéro d'ordre de la collection des observations du service des hommes aliénés de l'Hôpital Saint-Jacques, Nantes.

OBSERVATION 3. — FRANÇOIS L... D..., 9/1937 :

Le malade est un gros buveur; interné pour s'être montré brutal envers sa femme.

A l'examen, énorme tremblement de la langue et des doigts. Dysarthrie du type bredouillant. Signes de démence surtout marqués par l'affaiblissement de la volonté et de l'affectivité; par contre, la mémoire et l'orientation sont conservées. Idées délirantes de persécution; prétend que sa femme a un amant et que celui-ci, assisté d'une bande de gens de mauvaises mœurs, l'a fait séquestrer.

Les symptômes physiques disparaissent en quelques semaines; le délire leur survit plusieurs mois, mais disparaît à son tour. Le malade sort en mars 1938, très amélioré.

OBSERVATION 4. — GUSTAVE O..., 180/1938 :

Malade interné une première fois de juin 1935 à octobre 1936, pour manifestations d'alcoolisme chronique, crise épileptiques et troubles du caractère. Réinterné en octobre 1938.

Excitation et euphorie; délire de grandeur : il raconte qu'il est milliardaire et possède un palais; sa femme est princesse; se dit ambassadeur de France au Vatican; parle toutes les langues; il a voyagé partout : en Chine, aux Indes. Il est natif de New-York. Il nous demande une chambre particulière avec salle de bains.

A ses idées de grandeur s'ajoutent de vagues idées de persécution, concernant les gens qui l'ont interné : « On veut l'arrêter parce qu'il est rendu trop haut », dit-il.

Cependant, l'euphorie domine.

Cet état dure une quinzaine de jours, puis les idées délirantes, l'excitation et la dysarthrie disparaissent.

OBSERVATION 5. — PIERRE M..., 185/1938 :

Interné une première fois, en juin 1938, pour un délire alcoolique subaigu. Réinterné en octobre 1938 : habitudes de boisson existant depuis plusieurs années; troubles du caractère; brutalité envers sa famille, ayant conditionné son internement.

A l'examen, turbulence très grande. Tremblement considérable de la langue, des lèvres et des doigts. Dysarthrie : parole rapide et bredouillante. Démence importante avec euphorie. Pas de délire.

S'améliore en quelques semaines, mais garde toujours une grande susceptibilité de caractère.

OBSERVATION 6. — LOUIS R..., 115/1939 :

Malade interné par suite de troubles du caractère. Buvait beaucoup.

A l'examen, on est frappé par l'état de misère physiologique du malade : la marche est très difficile, le sujet tenant à peine sur ses jambes. Tremblement généralisé. Parole embarrassée, pâteuse. Gros affaiblissement intellectuel : incohérence complète des propos. Pas de délire. Etat saburral des voies digestives. L.C.R. : B.W. —; albumine : 0 gr. 46.

L'état s'améliore en deux mois, et le malade peut sortir.

OBSERVATION 7. — EMILE F..., 136/1939 :

Malade donné comme buvant beaucoup et ne travaillant guère : devenait méchant, ce pourquoi on l'a interné.

A l'examen, on note une grande difficulté de parole; le malade bredouille sur chaque mot. Avoue qu'il buvait sept à huit litres par jour, plus des apéritifs, et n'est nullement ému de se voir malade. Il est très désorienté et ses propos sont peu cohérents. La pression des mollets est peu douloureuse.

L.C.R. : B.W. et benjoin négatifs; albumine : 0 gr. 40.

Un mois après l'entrée, le malade, complètement guéri, peut sortir.

OBSERVATION 8. — JEAN E..., 233/1939 :

Militaire envoyé de l'Hôpital Broussais pour un état démentiel. A l'entrée, le malade doit être soutenu, car il ne tient pas sur ses jambes; sa parole est rapide, bredouillante et incompréhensible; ses propos sont entièrement décousus; c'est l'état de démence complète. L'état physique est précaire. Tremblement du type carphologique. Fièvre élevée. Subictère. Albuminurie. L.C.R. normal.

Malgré cet état inquiétant, le malade se remet peu à peu et, un mois après l'internement, la guérison paraît devoir se produire.

2^e GROUPE

Cas de Pseudo-Paralysie Générale alcoolique

terminés par la mort

OBSERVATION 9. — LUCIEN L..., 87/1938 :

Malade depuis trois ans : ne travaillait plus et buvait énormément. Divorcé depuis dix ans, il vivait avec sa sœur et sa mère qu'il en était venu à brutaliser. A fait depuis peu plusieurs crises d'épilepsie.

A l'examen, la parole est embarrassée; les extrémités sont agitées d'un fort tremblement; il ne tient pas sur ses jambes. Ses propos sont incohérents et trahissent un délire de grandeur très marqué : dit qu'il possède des milliards gagnés quand il était président en Algérie; maintenant il est préfet du Morbihan. Il est également espion et tous les pays l'emploient. Possède 476 milliards. A la question : « Combien dépensez-vous par jour? », il répond : « Ce que l'on veut : trois, quatre, dix-huit millions ». Prétend que les autos circulant en ville sont à lui. Il a aussi des « Grattfords » : « C'est une marque que l'on a construite spécialement pour moi ». Il a vingt-cinq mille avions à lui, une maison de quatre mille pièces. Il continue ainsi sur tous les thèmes et se fâche quand on le contredit si peu que ce soit.

L.C.R. tout à fait normal.

L'état physique s'aggrave rapidement; le malade tombe dans le coma avec état carphologique et meurt onze jours après son entrée.

OBSERVATION 10. — RAOUL L..., 238/1938 :

Le malade est envoyé de l'Hôtel-Dieu, où il était soigné depuis deux mois pour une Polynévrite. A eu à plusieurs reprises du Delirium Tremens.

A l'examen, état de misère physiologique. Parle difficilement d'une voix pâteuse et ne tient pas sur ses jambes. Léger affaiblissement mental sans délire.

La mort survient rapidement, dix jours après l'entrée.

OBSERVATION 11. — ANDRÉ O..., 15/1939 :

L'examen de ce malade note un tremblement très marqué

des doigts, de la langue et des lèvres, avec une parole bredouillante. Le malade est agité, tient des propos incohérents et est désorienté. Il tousse, et l'auscultation montre des signes de Bronchite diffuse. Le foie est gros, débordant le rebord costal de deux travers de doigt. Le pouls est rapide et petit. La fièvre est à 39°.

Décès quarante-huit heures après l'entrée.

OBSERVATION 12. — ANDRÉ M..., 49/1939 :

Ce malade a déjà été interné de juin à septembre 1938, pour un délire alcoolique subaigu qui s'était amélioré et a fait place à un état confusionnel léger qui s'est prolongé plusieurs mois. A cette époque, avait déjà un tremblement très accusé, une parole rapide et légèrement bredouillante. Il a guéri, mais a été réinterné en mars 1939.

A l'examen, il se présente très amaigri, en état de misère physiologique. Démarche incertaine avec écartement du polygone de sustentation. Tremblement des doigts et de la langue. Dysarthrie. Douleur à la pression des masses musculaires; manifestations nombreuses d'hyperexcitabilité : se plaint lorsqu'on le touche, tressaille au moindre bruit.

Le malade s'agite beaucoup les jours suivants; il refuse de boire, a des mouvements carphologiques. Il meurt en dix jours.

OBSERVATION 13. — JOSEPH C..., 130/1939 :

Grand buveur de cidre. A fait récemment plusieurs fugues qui ont motivé son internement.

A l'examen, tremblement énorme et généralisé : il lui est impossible de tenir sur ses jambes; il bredouille tellement en parlant qu'on ne peut le comprendre. L'intelligence est considérablement affaiblie. L'état général est très médiocre : amaigrissement, abcès multiples, escharres.

Examen du sang : B.W. négatif; urée sanguine, 0 gr. 56.

Décès survenu un mois après.

3^e GROUPE

Cas de Pseudo-Paralysie Générale alcoolique ayant évolué vers la chronicité

OBSERVATION 14. — ALBERT B..., 90/1935 :

Caractère particulier, la maladie s'étant présentée au début sous la forme d'une confusion mentale très prononcée simulant une véritable aphasie (forme pseudo-aphasique de la confusion mentale), de sorte qu'au début la dysarthrie qui était importante se superposait à la difficulté d'expression des mots pour constituer un phénomène très complexe.

En quelques mois, cet état confusionnel a disparu et il est resté un affaiblissement modéré des facultés intellectuelles portant surtout sur le jugement. A ce stade la dysarthrie persiste très accusée : la parole est pâteuse; il se produit un glissement sur les syllabes difficiles à prononcer et des bloquages brusques assez analogues à ceux que l'on voit chez les bègues. Il existe un tremblement très accentué des doigts, de la langue et des lèvres. Les pupilles, en particulier la gauche, sont déformées, mais réagissent à la lumière. La ponction lombaire a montré Bordet-Wassermann et benjoin colloïdal négatifs; zéro lymphocyte; 0 gr. 50 albumine par litre.

La maladie s'est par la suite légèrement améliorée : le malade est resté calme, a retrouvé en grande partie ses facultés. Il a cependant persisté une faiblesse de jugement et la dysarthrie ne s'était guère modifiée quatre ans après le début de la maladie.

OBSERVATION 15. — LOUIS C..., 44/1936 :

A l'entrée le malade présente une confusion très marquée des idées. De plus, il a des idées délirantes de grandeur (il lègue à sa femme et à ses filles quatre millions, dont deux gagnés à la guerre et les deux autres à la Loterie Nationale; il déclare coup sur coup qu'il a terminé la guerre comme commandant, puis comme général, enfin comme commissaire. Il ajoute qu'il pourrait être chef de parti, mais laisse sa place à Cachin, qui est tout de même plus âgé.

Vagues idées de persécution : se dit à l'infirmerie de la prison, proteste qu'on l'y ait mis et montre, en disant cela, un peu d'hostilité.

A l'examen physique, on note un état fortement saburral de la langue, une dysarthrie très accusée et du tremblement des doigts et de la langue. Les pupilles sont déformées et ne réagissent que faiblement à la lumière. Liquide céphalo-rachidien normal.

L'excitation s'est rapidement calmée, mais l'affaiblissement mental et le délire persistent depuis plusieurs années, sans changement appréciable.

OBSERVATION 16. — ANTOINE C..., 83/1939 :

Ce malade a été interné une première fois fin 1936; il était à cette époque malade depuis trois ans; il buvait beaucoup et quand il était ivre parlait de tuer sa femme et ses enfants.

A l'entrée, affaiblissement mental, idées délirantes de persécution : il dit que beaucoup de gens lui en veulent et qu'en particulier sa femme, son fils et son neveu le frappent à coups de trique et à coups de couteau. Il est à remarquer, d'ailleurs, que ce malade parle mal depuis son enfance et que la maladie a simplement exagéré un trouble préexistant.

Le malade, légèrement amélioré, a été rendu à sa famille, en mars 1937. Il est réinterné avec le même ensemble symptomatique en mai 1937. Il sort une deuxième fois, en décembre 1937, pour être réinterné au début de 1939. La maladie semble fixée dans la chronicité.

OBSERVATION 17. — JEAN A..., 170/1937 :

Entré le 25 septembre 1937; serait malade seulement depuis quelques jours.

Très désorienté. Délire complexe de grandeur et de persécution mélangée; entend le bruit de la guillotine, des gens qui viennent pour le tuer; de prétendus persécuteurs se cachent sous son lit; il s'enferme pour leur échapper; dit encore : « J'ai été condamné à mort par le Tribunal pour injures graves; je me suis disputé avec des Russes. J'ai été en Russie parce que je ne savais plus où aller. J'ai été condamné à mort en Russie. J'en ai sauvé deux ou trois en Russie; ils sont revenus cet après-midi. J'ai été en 1929 en Russie : il y avait le choléra; j'y suis retourné ce matin, et j'en suis revenu en passant par l'enfer. »

A noter encore un très fort tremblement des extrémités; le malade tient difficilement sur les jambes. Il parle extrêmement vite et bredouille au point d'être difficilement compréhensible. Liquide céphalo-rachidien normal.

Trois mois après son internement a fait une crise épileptique. Par la suite son état est demeuré assez stationnaire, l'incohérence des propos tendant à augmenter de plus en plus.

*
**

DIAGNOSTIC ENTRE

la PSEUDO-PARALYSIE GENERALE ALCOOLIQUE

ET LA PARALYSIE GENERALE PROGRESSIVE

Nous avons comparé le tableau clinique de la Pseudo-P.G. alcoolique tel que le montrent nos dix-sept observations avec celui de la Paralyse Générale dont, cependant, nous ne reproduisons pas ici d'observations. Et c'est à la lumière de nos observations que nous allons examiner maintenant avec beaucoup de détails les principaux éléments de diagnostic qui permettent la distinction entre les deux maladies.

Nous nous sommes largement inspirés de l'œuvre de nos devanciers, en insistant à notre tour sur les symptômes différentiels dont ils avaient déjà souligné l'importance. Mais, sur plusieurs points, en nous appuyant sur les études du Docteur Corman, nous essaierons d'apporter une contribution originale à ce diagnostic parfois difficile.

Eléments de diagnostic tirés de l'étiologie

En théorie, la connaissance de l'étiologie doit toujours permettre de faire le diagnostic entre la P.G. et la Pseudo-Paralysie Générale alcoolique, puisque, dans le premier cas, l'anamnèse fait retrouver la Syphilis, et dans le deuxième cas, les abus alcooliques.

Mais, dans la pratique, le problème n'est pas aussi simple. Certes, il est des cas où la distinction est possible : ce sont alors, en quelque sorte, des cas purs, ceux où l'on trouve une Syphilis avérée chez un individu sobre, ou bien des excès alcooliques chez un sujet indemne de Syphilis. Plus nombreux sont les cas où la différenciation ne peut être faite d'emblée. Il est en premier lieu des paralytiques généraux chez lesquels la Syphilis a passé inaperçue ; ces mêmes malades ont pu faire des abus alcooliques et, de ce fait, c'est l'Alcoolisme et non la Syphilis que l'on va retrouver dans leurs antécédents. Plus rare, mais cependant possible, est le cas de l'alcoolique dont l'entourage dissimule les abus et qui, même, pourra avoir été atteint dans le passé d'une Syphilis devenue présentement inactive.

Dans notre région, la difficulté vient surtout du fait que l'alcoolisme est un vice très répandu, et que, sur ce point, les paralytiques généraux n'échappent pas à la règle

commune. Cependant, même dans ce cas, on constate d'ordinaire une différence importante dans leur manière d'être comparée à celle des pseudo-paralytiques généraux alcooliques; si, en effet, ils ont fait des excès, ceux-ci ont été épisodiques; et très souvent ils étaient récents, n'ayant eu lieu que sous l'influence de la baisse de contrôle que provoquait la P.G. à son début.

L'âge n'entre guère en ligne de compte dans le diagnostic que nous étudions. Les deux maladies apparaissent l'une comme l'autre à l'âge moyen de la vie, entre trente et cinquante ans.

Eléments de diagnostic tirés de la clinique

C'est principalement sur la clinique que notre diagnostic différentiel s'établira.

MODE DE DEBUT

Il est des signes tirés du mode de début de la maladie ; toutes les deux sont progressives, mais tandis que la P.G. se constitue en quelques mois, un ou deux ans au plus, à partir d'un état de bonne santé, par contre, on retrouve chez le pseudo-paralytique général alcoolique, un long passé de troubles mentaux plus ou moins bien caractérisés.

Il n'est pas rare, en particulier, que le malade ait été déjà interné une ou plusieurs fois pour des accès délirants.

SYNDROME CLINIQUE

Dans l'examen d'un malade atteint d'un syndrome paralytique, il faut mettre au premier plan certains signes qui sont fondamentaux pour l'établissement du diagnostic différentiel.

Signes fondamentaux :

- La démence ;
- Les troubles moteurs ;
- Les troubles sensitifs ;
- Les signes oculaires.

a) Démence :

La Démence n'a pas le même aspect dans les deux affections. La Démence des paralytiques généraux est d'emblée globale, c'est-à-dire qu'elle atteint à un égal degré les fonctions intellectuelles, affectives, volontaires et morales. Par contre, dans l'Alcoolisme chronique, l'affaiblissement des facultés porte d'abord sur la vie affective et morale. Et c'est alors cette dégradation progressive du buveur d'habitude qui, tout en ayant conservé sa capacité de raisonner, perd le goût de son travail, se laisse aller à des violences sur sa famille ou sur des tiers, et souvent à des démêlés avec la justice. La séparation ou le divorce en sont une conséquence fréquente, et nous tenons à signaler ici, avec le Docteur Corman, combien l'attitude des familles de P.G. est différente de celle des familles d'alcooliques. Alors que les premiers, avant leur maladie, étaient de braves gens, très aimés de leur entourage, qui, après leur internement, s'intéresse à leur sort et s'afflige de les voir si gravement atteints, par contre les seconds réussissent à créer le vide autour d'eux et à se faire détester.

Pour résumer ce qui précède, nous dirons qu'il faut opposer à la Démence globale du paralytique général la Démence de l'alcoolique qui est longtemps une démence partielle, et qui ne se complète qu'après une évolution de plusieurs années.

b) Troubles moteurs :

L'élément essentiel du syndrome paralytique est l'ataxie. Nous ne nous attarderons pas aux troubles ataxiques dans la marche qui sont inconstants. Signalons cependant que, dans les cas où ils existent, ils nous ont paru

constituer chez les alcooliques plutôt une démarche ébrieuse, tandis que chez les P.G., c'est une démarche talonnante.

Plus importante est la Paralysie des mouvements délicats des doigts et de la main : elle existe toujours ; elle se révèle bien en particulier à l'examen de l'écriture. Les deux paralytiques généraux, le vrai et le faux, écrivent tous les deux très mal ; mais le pseudo-paralytique général éthylique écrit plus mal que l'autre, et la différence se voit très bien à l'analyse du graphisme : l'ataxie de l'alcoolique est surtout liée au tremblement extrêmement marqué des mains.

Nous allons retrouver l'importance de ce tremblement en examinant le trouble moteur principal du syndrome paralytique : la « Dysarthrie ».

La Dysarthrie du P.G. est le résultat de la paralysie des centres nerveux ; tous les organes musculaires qui concourent à l'émission de la parole se contractent mal et souvent à contre-temps : il en résulte que la parole est émise avec peine, lentement, et que dans les mots un peu compliqués certaines syllabes sont éludées, d'autres interverties. Chez l'alcoolique, par contre, la parole est plutôt rapide que lente : le malade n'achoppe pas sur certaines syllabes, il glisse en quelque sorte sur les difficultés et bredouille rapidement une suite de sons difficiles à comprendre. C'est en effet que chez l'alcoolique le tremblement de la langue est très prononcé et est la cause déterminante de la Dysarthrie. Le paralytique général, par contre, quoi qu'on en ait dit, ne tremble pas beaucoup, et nous avons vérifié pour notre part la remarque faite par Jules Falret, dans ses Leçons cliniques, lorsqu'il disait : « Nous pensons que lorsqu'on constate chez un adulte un

tremblement nerveux très marqué de toutes les parties du corps, lié par ailleurs à d'autres symptômes qui pourrait faire croire à l'existence d'une P.G., on doit songer à la possibilité d'une influence alcoolique. Les variétés de P.G. accompagnées de tremblement manifeste et universel dès le commencement de la maladie nous paraissent rares et exceptionnelles. » Et un peu plus loin : « Le tremblement de la langue est habituellement plus marqué et beaucoup plus saillant chez les sujets soumis à l'intoxication alcoolique que chez les P.G.; c'est précisément l'inverse pour l'embarras de la parole, qui ne paraît pas du tout en rapport, comme on le croit généralement, avec le tremblement de la langue et des lèvres. »

Le fait est en effet frappant, et dans plusieurs de nos observations il est au tout premier plan du tableau clinique; le pseudo-paralytique général alcoolique tremble beaucoup : dans l'attitude du serment, doigts écartés, sa main est constamment agitée d'un tremblement rapide au repos. Dans certains cas ce tremblement agite aussi les bras, les épaules, et même le corps tout entier. Dans d'autres, il se cantonne aux extrémités; en particulier la langue tremble toujours beaucoup, et souvent il s'ajoute à ce tremblement celui de toute la zone péri-buccale, l'un et l'autre étant responsables de la Dysarthrie. Nous redisons que nous n'avons jamais trouvé chez le paralytique général vrai, surtout au début de la maladie, un tremblement qui soit comparable à celui de l'alcoolique. Certes, le paralytique général tremble, et ce signe peut être légitimement donné comme un signe de la maladie; mais, dans la comparaison de cette affection avec celle qui nous occupe ici, la différence est si grande entre les deux tremblements que celui de la Paralytie Générale vraie doit être négligé. Il y a donc là un excellent signe différentiel.

c) Troubles sensitifs :

Les troubles sensitifs sont souvent très importants dans la Pseudo-Paralysie Générale alcoolique, sous la forme de phénomènes paresthésiques ou douloureux. Sans mentionner ici les douleurs des Polynévrites, car elles constituent des symptômes surajoutés, nous nous bornerons à souligner l'état habituel de la sensibilité de ce genre de malades et à l'opposer à celui des paralytiques généraux.

Chez ces derniers, il est bien connu qu'on observe, dès le début de la maladie, un certain degré d'hypoesthésie. On a signalé l'indolence des testicules à la pression forte, du nerf cubital comprimé dans la gouttière olécraniennne; on a signalé aussi l'anosmie. D'autres petits symptômes du même ordre sont constatés quotidiennement; par exemple lorsqu'on palpe l'abdomen d'un paralytique général, il n'a aucun réflexe de défense; il n'est pas chatouilleux. Une observation souvent faite depuis l'avènement de la ponction lombaire est que le paralytique général n'accuse aucune douleur quand on lui fait cette petite intervention.

L'inverse s'observe chez les pseudo-paralytiques généraux alcooliques. Quand on les examine, on se heurte à l'obstacle d'une sensibilité en véritable état de défense. Réflexe de défense de l'abdomen devant la main qui le palpe; douleur vive provoquée par la pression des masses musculaires, même en l'absence de Polynévrite caractérisée. Enfin, le malade est « douillet » devant les diverses piqûres et, en particulier, il accuse une très vive douleur à la ponction lombaire et s'agite au point de rendre celle-ci difficile.

Il est à remarquer qu'à ces états opposés de la sensi-

bilité correspondent des états d'humeur également opposés. L'hypoesthésie de la Paralyse Générale va de pair avec l'euphorie du caractère, la bienveillance et la bonhomie de ce genre de malades dont la mimique est habituellement le sourire. Tout à l'opposé, l'hyperesthésie du pseudo-paralytique alcoolique s'accompagne toujours d'un caractère irritable, grincheux et susceptible, lequel constitue un terrain tout préparé pour la germination des idées de persécution.

d) Troubles oculaires :

Les troubles oculaires sont fréquents dans les deux affections. On peut observer de l'amblyopie, aussi bien dans la Paralyse Générale vraie que dans l'Alcoolisme, mais ce trouble est plutôt rare : en particulier, aucune de nos observations n'en fait mention. Rares aussi sont les paralysies de la troisième paire, se traduisant en particulier par du strabisme; lorsqu'elles existent, elles sont en faveur de la Paralyse Générale syphilitique.

Nous nous arrêterons plus longtemps aux troubles pupillaires; les pupilles sont souvent inégales et leurs contours irréguliers. Le fait s'observe plus souvent dans la Paralyse Générale que dans l'Alcoolisme, mais il n'est pas à ce point rare dans cette dernière affection qu'on puisse le retenir comme un symptôme ayant une valeur différentielle.

Plus importants sont les troubles des réflexes pupillaires. L'Alcoolisme abolit parfois le réflexe pupillaire à l'accommodation; il laisse intact le réflexe à la lumière. Dans la Syphilis, c'est l'inverse : le réflexe à l'accommodation est souvent conservé, tandis que la pupille demeure rigide sous l'influence de l'excitation lumineuse. Ce phé-

nomène très important, bien connu sous le nom de signe d'Argyll-Robertson, est tout à fait caractéristique, et lorsqu'on l'observe, on ne peut mettre en doute la réalité de la Paralyse Générale. Mais il vaut plus par sa présence (laquelle permet d'affirmer la Syphilis) que par son absence, car autant il est constant dans le Tabès, autre affection d'origine spécifique, autant il peut manquer dans la Paralyse Générale la plus authentique.

*
**

Signes d'importance secondaire

a) Délire :

Il est habituel que les traités classiques donnent le délire de grandeur comme caractéristique de la Paralyse Générale. Ce signe est doublement trompeur; car, en premier lieu, il est fréquent d'observer dans cette maladie d'autres délires et, en deuxième lieu, le délire de grandeur est tout aussi fréquent dans la Pseudo-Paralyse Générale alcoolique. Il suffit, en effet, de se reporter à nos observations pour y trouver la gamme la plus étendue des idées délirantes de grandeur. Elles y ont les mêmes caractères d'exagération absurde et d'incohérence que l'on voit dans tous les états démentiels; on ne saurait donc tirer d'aucun de ces caractères le moyen de distinguer la Pseudo-Paralyse Générale de la Paralyse Générale vraie.

Mais à ces idées de grandeur s'adjoignent presque constamment dans nos observations des idées de persécution. Nous les avons vues se relier à l'humeur irritable et chagrine de l'alcoolique, et il y a lieu à nouveau d'opposer ici cette manière d'être à l'euphorie bienveillante des paralytiques généraux, quand ceux-ci ont par accident quelques idées de persécution.

Il existe parfois aussi chez le pseudo-paralytique général alcoolique des épisodes oniriques avec hallucinations visuelles qui sentent de loin l'intoxication et qui peuvent beaucoup aider à faire le diagnostic.

b) Ictus :

Les ictus s'observent dans les deux maladies; il s'agit de pertes de connaissance soudaines, s'accompagnant ou étant suivies tantôt d'épilepsie, tantôt de paralysie, tantôt d'aphasie. Bien qu'ils soient plus fréquents dans la Paralyse Générale que dans l'Alcoolisme, cette fréquence n'est cependant pas un élément pour faire le diagnostic.

Le meilleur élément de diagnostic a été indiqué par Jules Falret, lorsqu'il fait remarquer que les attaques des alcooliques ont surtout les caractères de la syncope et s'accompagnent de pâleur du visage, tandis que les attaques des paralytiques généraux ont le caractère de la congestion et s'accompagnent de rougeur du visage.

c) Signes toxiques et infectieux :

Dans l'examen général d'un alcoolique, il est extrêmement fréquent de constater l'action du toxique sur les principaux viscères; c'est ainsi qu'un certain degré d'état saburral des voies digestives est constant. Fréquents sont le subictère et l'hypertrophie du foie. De même, un mouvement fébrile, au moins épisodique, s'observe souvent.

Dans la Paralyse Générale, réciproquement, on peut observer l'atteinte par la Syphilis d'autres organes que le système nerveux; par exemple l'association à la Méningo-Encéphalite d'un Tabès ou d'une Aortite. Dans les deux cas, ces signes adjuvants peuvent aider au diagnostic.

Toutefois, leur valeur est réduite par le fait qu'il y a des paralytiques généraux « arrosés », c'est-à-dire chez lesquels à la maladie première s'ajoutent des troubles dus à l'imprégnation alcoolique.

Eléments de diagnostic tirés de l'examen biologique

Le laboratoire, en identifiant dans les deux maladies l'agent en cause, apporte au diagnostic un élément de tout premier ordre, puisque, dans les cas favorables, cet élément à lui seul lève tous les doutes.

A dire vrai, la mise en évidence de l'alcool dans les humeurs de l'organisme, opération facile, n'apporte pas grand'chose au diagnostic de la Pseudo-Paralysie Générale alcoolique. Car l'alcool est un produit qui disparaît rapidement de l'organisme et il est le plus souvent absent quand la maladie est constituée.

Par contre, le spirochète de la Syphilis demeure dans les tissus. Son identification au sein de la substance cérébrale n'est possible que post-mortem et dans des cas rares; elle n'est donc pas à retenir comme un procédé de diagnostic.

D'une beaucoup plus grande utilisation sont les réactions que le spirochète provoque dans le système nerveux et dans le liquide céphalo-rachidien qui le baigne. Ces réactions peuvent être étudiées « in vivo » pour la ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachi-

dien. Dans l'Alcoolisme, le liquide est le plus souvent normal; tout au plus, comme dans quelques-unes de nos observations, relève-t-on parfois une augmentation légère du taux de l'albumine.

Par contre, dans la Paralyse Générale, le liquide céphalo-rachidien est modifié. Outre l'augmentation de l'albumine, on y constate l'hyperlymphocytose, caractéristique des infections chroniques, et surtout les deux réactions du Bordet-Wassermann et du benjoin colloïdal, spécifiques de la Syphilis, qui sont constamment positives.

On remarquera que dans nos observations l'analyse du liquide céphalo-rachidien n'a pas été faite chaque fois. C'est qu'en effet nous estimons que le diagnostic différentiel entre les deux affections qui nous occupent doit être avant tout clinique. Et c'est seulement dans les cas où les éléments cliniques ne suffisaient pas à établir notre conviction que nous avons fait la ponction lombaire.

*
**

Eléments de diagnostic tirés de l'évolution

Le mode d'évolution est de première importance pour le diagnostic.

La Paralyse Générale progressive est, comme son nom l'indique, une affection qui, sauf thérapeutique heureuse, évolue d'une manière progressive vers l'aggravation des symptômes et vers la mort.

Tout à l'opposé, la Pseudo-Paralyse Générale est une affection qui évolue par poussées susceptibles de régression et même d'aboutir à la guérison complète. Il est très fréquent dans nos observations que le malade ait été interné à plusieurs reprises; beaucoup d'entre eux même avaient été soignés dans le service ouvert à l'Hôtel-Dieu de Nantes, et à plusieurs reprises, avant d'être internés. Et dans les cas qui passent à la chronicité, celle-ci ne s'établit presque jamais tout de suite : elle n'est d'ordinaire que l'étape ultime d'une série d'accidents qui peuvent se distribuer sur de nombreuses années.

CONCLUSIONS

Parmi les affections qui sont à distinguer de la Paralyse Générale Progressive, une des plus importantes, tant par la fréquence que par ses ressemblances symptomatiques avec la Maladie de Bayle, est la Pseudo-Paralyse Générale alcoolique.

En nous appuyant sur dix-sept observations recueillies dans le service du Docteur Corman, nous nous sommes attachés à décrire aussi exactement que possible le syndrome pseudo-paralytique de l'Alcoolisme et à rechercher les signes qui le différencient de la Paralyse Générale vraie.

Nous avons largement utilisé les études de nos devanciers et nous avons rappelé, observations à l'appui, les importantes différences de mode de début et d'évolution ainsi que de symptomatologie qui séparent les deux maladies. Nous avons souligné, après plusieurs auteurs, l'importance du tremblement comme signe différentiel, et la part variable qu'il prend dans la production de la Dysarthrie. Nous avons aussi vérifié à notre tour la valeur du signe d'Argyll-Robertson pour le diagnostic de la Paralyse Générale vraie. Enfin, dans tous les cas douteux, l'analyse du liquide céphalo-rachidien a été décisive pour séparer les deux affections.

Sur tous ces points, nos observations corroborent les travaux antérieurs.

Nous y avons ajouté quelques remarques originales sur la manière différente de réagir des alcooliques et des paralytiques généraux. Selon la thèse soutenue par le Docteur Corman, les paralytiques généraux sont de tempérament hypoexcitable. Leur sensibilité est d'ordinaire modifiée par la maladie dans le sens de l'amoindrissement. Par contre, les pseudo-paralytiques généraux alcooliques sont des hyperexcitables. Leur sensibilité est exagérée par l'intoxication. D'où se déduisent nombre de signes différentiels précieux : douleurs spontanées ou provoquées, susceptibilité du caractère, tendance aux idées de persécution, troubles du sommeil; rapidité plus grande des rythmes, donnant en particulier à la Dysarthrie un cachet spécial qui l'oppose à la Dysarthrie « en lenteur » des vrais paralytiques généraux.

*
**

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	15
TABLEAU CLINIQUE	17
OBSERVATIONS	19
<i>Premier Groupe</i>	20
<i>Deuxième Groupe</i>	24
<i>Troisième Groupe</i>	25
DIAGNOSTIC ENTRE LA PSEUDO - PARALYSIE ALCOOLIQUE ET LA PARALYSIE GENERALE PROGRESSIVE	29
<i>Eléments de diagnostic tirés de l'étiologie</i>	31
— — <i>de la clinique</i>	33
— — <i>de l'examen biologique</i>	43
— — <i>de l'évolution</i>	45
CONCLUSIONS	46

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD F.-L. — *Diagnostic de la Paralyse Générale*. Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes. Toulouse, 1897.
- BAYLE. — *Traité des Maladies du Cerveau et de ses membranes*. 1826.
- BRIERRE DE BOISMONT. — *Diagnostic différentiel des diverses espèces de Paralyse Générale*. (« Annales Médico-Psychiques », 1850.)
- CHARPENTIER. — *Les Intoxications et la P. G.* Paris, 1890.
- CORMAN. — *La Constitution physique des Paralytiques Généraux*. Thèse Paris, 1932.
- DELASIAUVE. — *Diagnostic différentiel de la Paralyse Générale*. (« Annales Médico-Psychiques », 1851.)
- FALRET J. — *De la Folie Paralytique*. 1853. — *Etudes cliniques sur les Maladies Mentales*. 1890.
- FOURNIER E. — *De la valeur séméiologique du tremblement de la langue dans la Paralyse Générale*. 1895. Thèse Paris.
- KLIPPEL. — *Les Paralysies Générales progressives*. 1898.
- LASÈGUE. — *Etudes Médicales*. 1884.
- MAGNAN. — *De l'Alcoolisme*. 1874.
- MAGNAN ET SENEUR. — *La Paralyse Générale. Etiologie. Pathogénie. Traitement*. 1 vol. de 225 pp. chez Masson. 1893.

MIGNOT R. — *Contribution à l'étude des troubles pupillaires dans quelques Maladies mentales*. Thèse Paris. 1900.

RÉGIS. — *Discussion sur le Délire aigu*. Limoges. 1901. — *Les facteurs étiologiques de la Paralyse Générale*. (« La Tribune Médicale », 2 septembre 1905.)

SÉSARY. — *La Syphilis nerveuse*. Masson. 1926.

*
**

IMPRIMERIE DE BRETAGNE

3, Place de la Bourse

NANTES
